

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

210

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

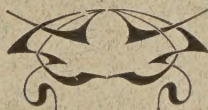
CONSÉQUENCES
du Rapprochement Sexuel
pendant la gestation

PAR

MORDOUKH GEOLKYER

Né le 8 août 1883, à Touroff (Russie)

Président : M. PINARD, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE.

AMÉDÉE LEGRAND

36, Rue Serpente, 36

—
1913

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONSÉQUENCES

du Rapprochement Sexuel

pendant la gestation

PAR

MORDOUKH GEOLKVER

Né le 8 août 1883, à Touroff (Russie)



Président : M. PINARD, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

AMÉDÉE LEGRAND

36, Rue Serpente, 36

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.....	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchement.....	PINARD
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZAR	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GRÉGOIRE	LEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Faible témoignage de ma profonde et
respectueuse affection et de ma plus
vive reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LAIGNEL-LAVASTINE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MÉDECIN DES HOPITAUX

Que nous prions de bien vouloir agréer l'expression de notre très profonde reconnaissance, de notre plus respectueux dévouement pour tous les soins et tous les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY

MÉDECIN DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

C'est avec une grande joie que nous abordons ce chapitre très important de l'hygiène de la gestation. Et nous sommes heureux que notre cher maître, M. le Professeur Pinard, nous ait fait l'honneur de nous confier, pour notre thèse, une idée pour laquelle il combat depuis tant d'années.

Nous ferons tout pour accomplir cette tâche le mieux possible et nous l'espérons d'autant plus que 2 années d'observation, à ce sujet, à la clinique Beaudelocque nous ont donné pleine conviction.

La question de l'hygiène de la première enfance a fait ces derniers temps des progrès considérables. L'allaitement au sein maternel, les couveuses, le gavage en démontrent suffisamment le progrès. Mais en faisant de la puériculture après la naissance nous ne remplissons qu'à moitié notre devoir.

Il nous reste encore la puériculture avant la naissance, qui a, si non plus, au moins tant d'importance. Même, en faisant de la bonne puériculture avant la naissance, n'éviterons-nous pas, le plus souvent, d'avoir à en faire après ?

Ne devons-nous pas plutôt chercher à prévenir qu'à guérir ? Les chiffres suivants expliqueront mieux que tout ce que nous voulons dire par là. Sur 1.000 enfants nés à la clinique Beaudelocque il y en a en moyenne, près de 40 % de prématurés.

Or, quoiqu'on fasse pour ces prématurés, on n'obtiendra pas, dans la plupart des cas, de bons résultats par ce que sont des *fruits verts*.

(1) Avec les progrès réalisés depuis quelques années dans l'hygiène de la première enfance, l'on a pu croire un moment qu'il serait indifférent, pour un enfant, de naître à terme ou avant terme.

Les faits n'ont pas tardé à démontrer combien cette idée est fausse, combien cet espoir est vain.

Ne sait-on pas que l'appareil respiratoire n'est

(1) Bachimont. Thèse de Doctorat. Paris 1898.

apte à fonctionner que vers le 7^e mois de la vie intra-utérine ? Peu importe alors qu'on mette au contact des pounmons, de l'air chaud ou froid, sec ou humide, ou même de l'oxygène pur ; si le poumon est imperméable, si les alvéoles pulmonaires sont pleins, rien ne sera absorbé, la vie ne sera pas possible.

On connaît, d'autre part : les différentes maladies et malformations qu'apportent avec eux les prématurés : hernie, spina bifida, pied bot, maladie de Little, diplégie centrale etc., etc.

Est-ce que l'allaitement maternel, la couveuse et l'oxygène feront disparaître toutes ces tares ?

Evidemment non.

Quoi qu'on fasse pour les prématurés ils resteront dans la plupart des cas des tarés, des infirmes, des déchets sociaux. Ces fruits verts sont trop fragiles pour résister même dans les conditions les plus idéales.

Par conséquent, nous voyons que pour faire de la bonne puériculture il nous faut diminuer le nombre des prématurés. En d'autres termes : nous devons nous efforcer de sauvegarder l'embryon qui vit de la vie intra-utérine jusqu'à ce qu'enfant, il soit assez robuste pour pouvoir vivre de la vie extra-utérine ; il faut, par tous les moyens, réduire la proportion des « déchets sociaux. »

Les causes qui produisent l'avortement et l'accouchement prématuré sont malheureusement trop nombreuses. Pour n'en citer que quelques-unes,

nous mentionnerons : la syphilis, l'endométrite, les malformations utérines, l'insertion basse du placenta, le surmenage pendant la gestation, etc., etc..

Si contre plusieurs de ces facteurs nous ne sommes malheureusement que peu armés ou même désarmés, il y en a d'autres, au contraire, dont nous pouvons éviter les effets nuisibles.

A l'époque où nous sommes, le repos que M. le Professeur Pinard réclame ne devrait-il pas être assuré à toute femme en état de gestation ?

Enfin il y a un dernier facteur d'avortements et d'accouchements prématurés tout aussi actif, et contre lequel nous devrions être tout puissants : c'est le rapport sexuel pendant la gestation.

Dans la littérature médicale nous trouvons très peu de chose sur l'influence du rapport sexuel pendant la gestation.

Plusieurs auteurs n'ont même pas abordé cette question. D'autres parlent de la nocivité du coït seulement chez les femmes qui sont sujettes à des avortements. Il y en a qui défendent le coït seulement pendant les derniers mois de la gestation. D'autres enfin disent que les femmes qui usent du coït un peu avant d'accoucher n'en accouchent que plus facilement. Nous jugeons utile de citer ici ces quelques auteurs. (1)

SORANUS D'EPHÈSE (fin du I^{er} siècle et commence-

(1) Brenot. Thèse de Doctorat. Paris 1903.

ment du II^e) dans son « Traité des maladies des femmes », chapitre XVI, nous dit :

« Les rapprochements sexuels sont nuisibles aux femmes enceintes dans tous les temps, à cause des mouvements que l'utérus subit, et qui sont dangereux pendant tout le temps de la grossesse ; il faut s'en abstenir surtout pendant les derniers mois, de peur de léser le chorion qui contient le liquide si utile à l'accouchement. »

MOSCHION (IV^e siècle). « Les femmes enceintes doivent-elles user du coït ? Non ; si c'est possible, afin qu'elles ne soient pas excitées, et que la matrice n'ait pas à supporter cette agitation ; elles doivent se tenir tranquilles, honnêtement, afin de retenir le produit de la conception ; elles doivent, au moins, se contenir pendant les derniers jours, les mouvements qui se produisent pourraient avoir pour effet de rompre le chorion, de laisser s'écouler le liquide préparé par la nature pour favoriser la sortie de l'enfant. »

LOUYSE BOURGEOIS, dit Boursier, au chapitre « Causes de l'accouchement avant terme », ne parle pas des rapports sexuels.

GUILLEMEAU défend les rapprochements sexuels pendant les 4 premiers mois et pendant les 6^e et 8^e mois. Quand au dernier mois, l'auteur le considère comme utile en facilitant l'accouchement.

MAURICEAU, « Traité des maladies des femmes

grosses et de celles qui sont accouchées.» (Chap. XI du livre I^{er}) :

« On voit souvent aussi que ces exercices extraordinaires que les femmes font dans les derniers mois de leur grossesse, faisant détacher l'arrière-faix d'avec la matrice avant le temps de l'accouchement, leur causent des pertes de sang qui sont fort dangereuses en ce temps, et très souvent mortelles à la mère et à l'enfant. Il serait, outre cela, fort à propos que la femme s'abstînt du coït pour ce sujet pendant les deux derniers mois de la grossesse, d'autant que par son moyen le corps est extrêmement agité, et même le ventre comprimé dans l'action, ce qui fait encore que l'enfant prend une mauvaise situation. C'est pourquoi je ne suis pas de l'opinion d'Aristote qui dit au 4^e chapitre du 7^e livre de l'histoire des animaux, que les femmes qui usent du coït un peu avant d'accoucher en accouchent plus facilement ; ce qui est entièrement contraire au sentiment d'Hippocrate qui dit au livre de la superfoetation : « Mulier praegnaus si coïtu non utatur, facilius a partu liberatur. » Je ne crois que ceux qui feront bien réflexion à ces choses n'aurent pas de peine à quitter ces vieilles erreurs qui certainement ont causé la mort à quantité de femmes et d'enfants, et beaucoup de peines à plusieurs auteurs pour les raisons que j'ai dites. » Plus loin, au chapitre XXVI du même livre, nous trouvons : « La femme qui y sera sujette (à l'avortement) observera surtout un grand repos, et que ce soit au lit, si faire se peut, usant d'un

bon régime de vivre ; et même pour plus grande sûreté, elle s'abstiendra du coït aussitôt qu'elle se connaîtra être grosse, évitant aussi l'usage de toutes choses apéritives et diurétiques qui lui sont très pernicieuses pour lors, comme pareillement toutes sortes de passions de l'âme... Le fréquent usage du coït peut faire pareille chose (l'avortement), d'autant que, pour lors, la matrice extrêmement pleine s'affaisse fort vers le bas, et son orifice interne étant très proche est poussé avec violence dans l'action par la verge tendue, qui l'excite quelquefois par ce moyen à s'ouvrir plus tôt qu'il ne serait nécessaire. »

Mme VEUVE BOIVIN, « Mémorial de l'art des accouchements » : « La femme qui est sujette à des avortements doit, aussitôt qu'elle s'aperçoit qu'elle a conçu, s'abstenir entièrement du coït, si elle veut conserver sa grossesse. »

« Les femmes qui sont sujettes à de fréquents avortements doivent, avant de se mettre en état de concevoir, être 5 ou 6 mois sans coucher avec leur mari et s'abstenir entièrement du coït, et se tenir en repos dès qu'elles se croiront être grosses. »

J.-B. JACOBS, « Ecole pratique des accouchements » :

« Les causes de l'avortement sont en très grand nombre ; mais les principales sont celles qui ont le pouvoir d'irriter et de resserrer la matrice, par exemple une maladie aiguë, la fièvre inflammatoire, la petite vérole, la rougeole, une colique, un

vomissement, une hémorragie, une dysenterie, le mauvais régime, le mauvais air, les passions vives et soudaines, le fréquent usage du coït, le resserrement d'habits, le chagrin, la frayeur, les excès violents, tels que le sont, la danse, l'exercice du cheval, une chute, un coup sur le ventre, le décollement du placenta, etc.

VELPEAU, dans son « Traité élémentaire de l'art des accouchements », admet l'influence des causes occasionnelles de l'avortement comme le coït.

MOREAU, « Traité pratique des accouchements » :

« A l'égard des causes dont l'influence ne s'exerce que d'une manière, elles n'en ont pas moins une très grande portée. Ici se rapportent les coups, les chutes, l'exercice du cheval, l'abus de la danse et celui surtout du coït qui devient la source de plus d'une fausse-couche dans les jeunes ménages, principalement chez les femmes atteintes d'un abaissement de l'utérus. »

J. JACQUEMIER, « Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées » :

« Les femmes enceintes doivent être éclairées sur les suites que peut avoir le rapprochement sexuel. Le coït est une cause fréquente d'avortement pendant les 3 ou 4 premiers mois de la grossesse, surtout chez les jeunes mariées ; pendant le reste de la grossesse, on n'a pas remarqué qu'il eut des effets aussi fâcheux ; mais les femmes prédisposées à l'a-

vortement devront s'en abstenir soigneusement à toutes les époques. »

H. F. NAEGELE et W. L. GRENSER, « Traité pratique de l'art des accouchements », traduit de l'allemand par G. A. Aubenos : « Pour la même raison (éviter les hémorragies et l'avortement) le coït doit être exercé rarement et avec prudence ; dans les derniers temps, il vaut mieux s'en abstenir complètement. Les femmes qui ont déjà eu des fausses-couches ou des accouchements prématurés font bien d'y renoncer pendant toute la durée de la grossesse. »

A. CHARPENTIER, « Traité pratique des accouchements » :

« Reste la question des relations conjugales, question extrêmement délicate, et qui a été résolue différemment par les auteurs. Nous croyons que si, dans bon nombre de cas, elles ont été la cause d'avortement, dans d'autres elles sont absolument inoffensives. A la fin de la grossesse, les rapports deviennent de plus en plus difficiles ; de plus, ils ne sont pas sans inconvénients, et nous avons obtenu, de plusieurs femmes, l'aveu que bon nombre de cas de rupture prématurée des membranes n'avaient pas d'autres causes que les rapprochements conjugaux. On voit donc que, si nous ne les défendons pas absolument, nous restons néanmoins dans une réserve qui est subordonnée et à l'âge de la grossesse et à l'état de santé de la femme. »

TARNIER et CHANTREUIL, « Traité de l'art des accouchements » :

« Il n'est pas douteux que les rapprochements sexuels et les excitations de l'appareil génital se produisant dans le cours de la grossesse, ne soient la cause d'un grand nombre d'avortements. Aussi les femmes enceintes qui sont sujettes à ces accidents devront absolument s'abstenir du coït et coucher dans une chambre séparée de celle du mari. »

M. RIBEMONT-DESSAIGNES et M. LEPAGE s'expriment ainsi en parlant des rapprochements sexuels pendant la grossesse (*Précis d'obstétrique* 1898) : « Ils ne doivent être défendus que pour les femmes qui ont eu un ou plusieurs avortements ; l'excitation génitale et le traumatisme exercé sur le col suffisent parfois pour amener une congestion intense et consécutivement une hémorragie avec décollement de l'œuf. C'est surtout dans les dernières semaines de la grossesse, alors que la tête fœtale est engagée, que le col peut être traumatisé par le coït. Lors donc qu'on est consulté par le mari sur ce sujet, il est bon de lui expliquer le danger et de lui recommander d'avoir des rapports rares, modérés, et au besoin de s'en abstenir. »

Nous voyons donc que l'accord complet est loin de régner entre les différents auteurs au sujet du rapport sexuel pendant la gestation, et qu'on n'a pas attaché à cette question toute l'importance qu'elle mérite.

C'est à M. le professeur Pinard que revient l'honneur et le grand mérite d'avoir démontré que le coït pendant la gestation est un des facteurs les plus fréquents de l'avortement et surtout de l'accouchement prématuré. C'est lui le premier qui, du haut de sa chaire, proclame que : chaque femme enceinte doit refuser les rapprochements sexuels pendant toute la durée de la gestation. C'est encore lui qui réclame énergiquement, pour la femme en état de gestation, le repos aussi bien de la « nuit » que du « jour ». Lorsqu'on assiste dans l'amphithéâtre de la clinique Beaudelocque aux discussions quotidiennes sur les accouchements qui ont eu lieu la veille, l'attention est attirée sur certaines particularités que M. le professeur Pinard souligne avec une insistance spéciale.

Nous l'entendions insister sur les observations suivantes : Enfant né à terme, bien constitué, fort, vigoureux, pesant plus que 3.000 grammes ; la mère de cet enfant s'est reposée jour et nuit (pas de traumatisme sexuel). Enfant du dortoir ! Ici, au contraire, c'est un enfant né prématurément ; le travail a débuté après un rapport sexuel !

Les observations que nous allons apporter ci-après ont amené M. le professeur Pinard à cette formule qu'on ne saurait trop répandre et qu'il a fait placer dans la salle de consultation des femmes enceintes :

« Toute femme enceinte doit refuser le rapproche-

ment sexuel pendant toute la durée de la gestation. »

L'énorme portée sociale de cet axiome nous impressionna très vivement ; dès ce moment, l'idée nous vint de rechercher dans les archives de la clinique Beaudelocque l'éclatante démonstration de cet axiome par des faits tangibles, et de prouver ainsi l'influence du rapprochement sexuel sur l'avortement et surtout sur l'accouchement avant terme ; c'était encore suivre en cela le conseil de notre maître qui dit : « Ne me croyez pas sur parole, voyez les faits, observez-les bien, scrutez-les ; ils sont bien plus éloquents que mes paroles. »

Il nous est impossible de rapporter ici, en entier, les observations que nous avons relevées. Nous les groupons dans des tableaux qui indiquent le rapport étroit entre le moment du coït et le début du travail. Nous avons choisi les cas où le coït a précédé le début du travail de 24, 48 et au maximum 72 heures. Nous rapportons cependant, pour plus de clarté, en entier, quelques-unes de ces observations qui démontrent nettement que l'avortement ou l'accouchement prématuré n'a pas eu d'autres facteurs que le coït.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 584

B. S..., couturière. Entre au dortoir le 15 avril 1912.

C'est une primipare âgée de 22 ans, réglée à l'âge de 14 ans, irrégulièrement dans la périodicité.

Elle a eu ses dernières règles du 2 au 8 septembre 1911. Elle est donc au 8^e mois de sa gestation. Elle ne s'est pas reposée pendant toute la durée de sa gestation.

Sa grossesse a évolué normalement jusqu'au 14 avril 1912. Le 15 avril 1912 à la suite d'un rapport sexuel, la femme commence à perdre du sang et est admise au dortoir où elle garde le repos absolu au lit et où toutes les précautions aseptiques sont prises. Les pertes cessent aussitôt. Le 2 mai, début du travail par rupture précoce des membranes. L'accouchement se fait normalement et la femme expulse un fœtus du poids de 2730 grammes. La délivrance est faite 30 minutes après par traction et expression combinées. Le placenta est de forme discoïde et pèse 530 grammes. La mensuration des membranes montre que le placenta était inséré à six centimètres du bord inférieur.

OBSERVATION n° 848

M. G..., modiste. Entre le 3 juillet 1912.

C'est une primipare âgée de 19 ans, réglée à l'âge de 13 ans, régulièrement. Elle a eu ses dernières règles du 19 au 22 décembre 1911. Elle est donc au 6^e mois de sa gestation. Elle ne s'est pas reposée. Elle a eu un rapport sexuel la nuit du 1^{er} au 2 juillet. Le 2 juillet dans la matinée, la femme a une grande perte de liquide clair mélangé de glaires jaunes-verdâtres. On fait entrer la femme au dortoir. Le 3 juillet à neuf heures du matin, la femme ressent les premières contractions utérines douloureuses et à 6 heures du soir, elle expulse un fœtus se présentant par le siège complet du poids de 970 grammes. L'enfant crie après désobstruction des voies respiratoires et friction à l'alcool. La délivrance est faite 30 minutes après l'accouchement par expression et traction combinées.

Le placenta pèse 320 grammes. La mensuration des membranes montre que le placenta était inséré à 6 centimètre du bord inférieur.

OBSERVATION n° 1013

J. M..., brocheuse. III^e pare âgée de 20 ans. Réglée à l'âge de 13 ans et demi, régulièrement. Les deux grossesses antérieures ont évolué jusqu'à terme. Quant à la grossesse actuelle, la femme a eu ses dernières règles du 31 octobre au 4 novembre 1910. Elle est au cours du 9^e mois de sa gestation.

Le 18 juillet, une demi-heure après son dernier rapport

sexuel, la femme perd des eaux et vient immédiatement à la clinique Beudelocque.

Elle n'est pas en travail et on l'admet au dortoir.

Le 21 juillet à 11 h. 40, la femme ressent les premières contractions utérines douloureuses et une heure après elle expulse un fœtus vivant du poids de 2640 grammes.

La délivrance est faite 30 minutes après par traction et expression combinées.

Le placenta pèse 540 grammes. La mensuration des membranes montre que le placenta était inséré à 4 centimètres du bord inférieur.

OBSERVATION n° 1556

D. J..., blanchisseuse. Primipare âgée de 22 ans, réglée à l'âge de 13 ans régulièrement.

Elle a eu ses dernières règles du 3 au 6 mars 1910. La hauteur utérine est de 26 centimètres. Elle est au 8^e mois de sa gestation. Elle ne s'est pas reposée.

Le 2 novembre 1911 la femme a eu un rapport sexuel, 15 heures après elle perd des eaux. Le 3 novembre à 6 h. 30 du soir elle ressent les premières contractions utérines douloureuses et entre à la salle du travail.

Trois heures après elle expulse un fœtus vivant du poids de 2190 grammes ; longueur 41 centimètres.

La délivrance est faite 30 minutes après par traction et expression combinées. Le placenta pèse 470 grammes.

La mensuration des membranes montre que le placenta était inséré à 3 centimètres du bord inférieur.

OBSERVATION n° 1236

C. A., ménagère. II pare âgée de 28 ans. Régée à l'âge de 14 ans très irrégulièrement. Sa gestation antérieure s'est terminée par une fausse couche au cours du 6^e mois.

Quant à la grossesse actuelle elle a eu ses dernières règles du 15 au 18 février 1911. La hauteur utérine est de 17 centimètres. Elle est au cours du 6^e mois de sa gestation.

A la fin du mois d'avril la femme a eu une légère perte de sang pendant 3 ou 4 heures.

Le 26 août au matin, la femme a eu un rapport sexuel et tout d'un coup elle perd de l'eau.

Le 29 août à 4 heures du matin, elle a commencé à perdre du sang et à une heure du soir elle entre à la clinique Beaudelocque avec une température de 37°7 et un pouls à 108, ayant de légères douleurs dans le bas ventre.

Le 29 août, à 5 heures du soir, M. Périlliat reconnaît une présentation d'un siège complet et fait l'extraction d'un fœtus mort frais du poids de 430 grammes. On fait la délivrance artificielle immédiate sous chloroforme. Le placenta pèse 230 grammes.

OBSERVATION n° 275

H. L., employée de bibliothèque. Primipare âgée de 30 ans. Régée à l'âge de 15 ans régulièrement.

Elle a eu ses dernières règles du 10 au 15 novembre 1912. Le fond de l'utérus est à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic.

Elle est au quatrième mois de sa gestation.

Cette femme présentait depuis ses premiers rapports, d'abondantes pertes jaunes-verdâtres s'accompagnant de douleurs à la miction.

Au début de janvier 1913, première perte de sang, peu abondante, ayant duré quatre ou cinq jours.

Le 24 février 1913, nouvelle perte de sang que la femme ne soigne pas. L'écoulement sanguin s'arrête le 27 février mais reprend dans la nuit du 28 à la suite d'un rapport sexuel. Depuis cette époque, la femme n'a pas cessé de perdre en assez grande abondance du sang liquide et des caillots.

Le 3 mars à 6 heures du soir, apparaissent les premières contractions utérines douloureuses et la femme entre à la clinique où on constate une dilatation de l'orifice du col utérin du diamètre d'une pièce de cinq francs.

A 9 heures du soir, la femme expulse en un seul temps un fœtus vivant du poids de 150 grammes et un placenta pesant 190 grammes.

Le placenta était inséré à un centimètre du bord inférieur. Il est chateau-briand, la caduque est très épaissie.

OBSERVATION n° 887

R. M..., couturière. Primipare âgée de 23 ans. Réglée à l'âge de 12 ans et demi, régulièrement.

Elle a eu ses dernières règles du 1^{er} au 5 avril 1911. Elle est au troisième mois de sa gestation.

Le 27 juin à 9 heures du soir, après un rapport sexuel qui a eu lieu dans la nuit du 26 juin, la femme perd du sang rouge sans caillots.

Le 28 juin elle ressent les premières contractions utérines douloureuses et elle entre à la clinique et à 7 heures du soir, elle expulse un œuf complet du poids de 60 grammes.

OBSERVATION n° 834

H. P., couturière. III pare âgée de 23 ans. Réglée à l'âge de 14 ans, régulièrement. Les deux grossesses antérieures ont évolué jusqu'à terme.

Quant à la grossesse actuelle, elle a eu ses dernières règles du 25 au 28 janvier 1911. La hauteur utérine est de 19 centimètres.

Elle est au cinquième mois de sa gestation.

Elle a eu un rapport sexuel la nuit du 13 au 14 juin. Le 15 juin au matin, elle perd des eaux et à 6 heures du soir elle ressent les premières contractions utérines douloureuses et entre à la clinique le 16 juin. A 4 heures du matin, elle expulse un fœtus mort frais du poids de 650 grammes. Immédiatement après, elle expulse spontanément le placenta, chateau-briand, pesant 230 grammes. La caduque est en partie retenue.

OBSERVATION n° 717

G. A..., journalière. II pare âgée de 22 ans. Réglée à l'âge de 14 ans, régulièrement. La grossesse antérieure a évolué jusqu'à terme. Quant à la grossesse actuelle, la

femme n'a pas eu ses règles ayant été fécondée en allaitant. La hauteur utérine est de 28 centimètres.

Elle a eu un rapport sexuel la nuit du 25 mai.

Le lendemain à 8 heures du matin, elle ressent les premières contractions utérines douloureuses et perd des eaux.

Après 9 h. 15 du travail, la femme expulse un fœtus du poids de 2100 gr. ; longueur de 48 centimètres.

La délivrance est faite 30' après l'accouchement par expression française. Le placenta pèse 370 gr.

La mensuration des membranes montre que le placenta était inséré à 9 centimètres du segment inférieur.

OBSERVATION n° 74

F. L..., ménagère. Primipare âgée de 22 ans. Réglée à l'âge de 13 ans régulièrement. A l'examen du squelette on constate une luxation congénitale double de la hanche.

Elle a eu ses dernières règles du 7 au 11 septembre 1911.

La hauteur utérine est de 19 centimètres. Elle est au 4^e mois de sa gestation.

Sa gestation, dit-elle, a évolué normalement jusqu'il y a 3 semaines. Ces jours-là, à la suite d'un rapport sexuel, la femme fut prise, vers trois heures du matin, d'une abondante hémorragie. Cette hémorragie se calma par des injections vaginales chaudes mais elle n'a pas cessé complètement.

Il y a 15 jours, à la suite d'un autre rapport sexuel (pratique *more bestiarum*) en raison de l'antéversion du bassin, la femme dit avoir eu une perte de sang rouge et de caillots assez abondants qui ne s'est pas arrêté malgré

les injections vaginales chaudes et le repos au lit. Elle entre alors à la clinique Beaudelocque avec un pouls de 140.

On rompt largement les membranes et on provoque l'avortement.

La mensuration des membranes montre que le placenta était inséré à 0 centimètre du bord inférieur.

OBSERVATION n° 957

J. M..., couturière. III pare, âgée de 24 ans. Régulée à l'âge de 13 ans $\frac{1}{2}$, régulièrement. Ses gestations antérieures ont évolué jusqu'à terme. Quant à sa gestation actuelle elle a eu ses dernières règles du 14 au 19 mars. La hauteur de l'utérus est de 14 centimètres. Elle est au cours du 4^e mois de sa gestation.

Elle a eu un rapport sexuel il y a 3 semaines et après ce rapport elle a eu des pertes de sang.

Le 11 juillet, à 4 h. 30' du matin, elle entre à la salle du travail et expulse un fœtus du poids de 100 grammes et un placenta (Châteaubriand) du poids de 120 grammes.

OBSERVATION n° 1171

M. X., lingère. Primipare, âgée de 35 ans. Régulée à l'âge de 12 ans, régulièrement. Elle a eu ses dernières règles du 8 au 12 janvier. La hauteur de l'utérus est de

27 centimètres. Elle est au cours du 8^e mois de sa gestation. Elle a eu un rapport sexuel la nuit du 6 au 7 septembre. Le 7 septembre à 10 h. du matin, elle entre à la salle du travail. Les membranes se rompent précocement et la femme expulse un fœtus vivant du poids de 1800 grs.

La délivrance a été faite 30' après l'accouchement par tractions et expressions combinées. Le placenta pèse 450 grammes. La mensuration des membranes montre que le placenta était inséré à 10 centimètres du bord inférieur.

OBSERVATION n° 765

M. X..., couturière. Primipare, âgée de 26 ans.

Réglée à l'âge de 13 ans, régulièrement. Elle a eu ses dernières règles du 4 au 7 août. Elle est au cours du 9^e mois de sa gestation d'après ses dernières règles.

Elle a eu un rapport sexuel la nuit du 7 au 8 mai et immédiatement après ce rapport, la femme ressent les premières contractions utérines douloureuses.

Elle entre à la salle du travail, le 8 mai à 6 h. 30 du matin et à 8 h. du matin, elle expulse un fœtus vivant de poids de 2800 grammes.

La délivrance a été faite 30' après l'accouchement par expression française. Le placenta est chateaubriand et pèse 400 grammes. La mensuration des membranes montre que le placenta était inséré à 3 centimètres du bord inférieur.

Observations	Parité	Dates des D. R.	Accouchée	Age de la gestation	Date du dernier rapport	Repos pendant la gestation	Poids du fœtus	Longueur du fœtus	Mensuration des membranes	Poids du placenta	Rupture des membranes	
4	I	27/5 - 4/6	1/1	7 ^e	24 heures	pas de fatigue	1570	40	36/6	370	tempetive	Endométrite
22	VI	4/4 - 8/4	4/1	9 ^e	4 jours	pas de repos	2750	47	impos.	440	tempetive	
40	II	6/5 - 10/5	6/1	8 ^e	24 heures	15 jours	2500	46	22/9	470	tempetive	
112	III	3/5 - 7/5	18/1	9 ^e	72 heures	se repose	2220	48	23/2	400	prématurée	
165	II	12/5 - 15/5	28/1	9 ^e	48 heures	pas de repos	2250	48	21/7	450	précoce	
408	II	25/12 - 28/12	7/3	3 ^e	20 heures	pas de repos	—	—	—	—	précoce	
434	I	9/6 - 12/6	12/3	9 ^e	72 heures	4 mois	2720	47	34/5	450	prématurée	
460	III	4/10 - 10/10	17/3	5 ^e	72 heures	trav. assise	520	31	21/5	240	tempetive	Endométrite
467	I	8/9 - 11/9	18/3	6 ^e	12 heures	pas de repos	230	—	—	200	tempetive	
481	VI	5/9 - 9/9	21/3	7 ^e	ce matin	trav. assise	2250	45	—	370	tempetive	
488	I	1/7 - 5/7	22/3	9 ^e	48 heures	se repose	2180	45	38/8	330	précoce	
514	II	—	26/3	9 ^e	48 heures	2 mois	2550	46	25/11	480	tempetive	
745	I	17/9 - 19/9	4/5	8 ^e	36 heures	pas de repos	1770	42	23/4	330	tempetive	
765	I	4/8 - 7/8	8/5	9 ^e	24 heures	se repose	2800	47	25/4	400	tempetive	Endométrite. Le rapport sexuel a été suivi de contractions utérines douloureuses
766	I	10/9 - 14/9	8/5	7 ^e	48 heures	se repose	1950	45	28/7	330	tempetive	
773	III	10/8 - 16/8	11/5	9 ^e	72 heures	se repose	2720	47	—	390	précoce	
779	I	20/8 - 23/8	13/5	9 ^e	36 heures	3 mois	2880	47	32/9	420	prématurée	
807	I	15/9 - 23/9	19/5	7 ^e	48 heures	pas de repos	1320	38	17/5	380	tempetive	
809	II	23/2 - 3/3	20/5	3 ^e	12 heures	pas de repos	—	—	—	—	prématurée	
819	I	22/8 - 28/8	22/5	9 ^e	72 heures	trav. assise	2450	49	28/4	420	prématurée	
873	III	12/9 - 20/9	6/6	9 ^e	24 heures	pas de repos	2850	48	24/8	450	prématurée	
880	I	8/3 - 11/3	7/6	2 ^e	ce matin	—	5	—	—	—	—	
900	I	20/9 - 25/9	12/6	9 ^e	24 heures	2 mois	2520	45	36/3	550	tempetive	
971	I	?	25/6	?	12 heures	se repose	290	23	12/5	220	tempetive	
972	II	?	25/6	8 ^e	12 heures	pas de repos	1050	34	—	310	prématurée	
981	IV	12/11 - 18/11	25/6	-	Ce matin	pas de repos	2170	43	26/0	400	tempetive	

Observations N N	Partie	Date des D R	Accouchée	Âge de la gestation	Date du dernier rapport	Repos pendant la gestation	Poids du fœtus	Longueur du fœtus	Mensuration des membres	Poids du placenta	Rupture des membranes	endométrite
986	I	3/10 - 7/10	28/6	46	48 heures	se repose	2900	47	34/8	480	prématurée	
1023	VI	8/10-15/10	3/7	9e	24 heures	pas de repos	2670	44	25/16	490	prématurée	
1071	I	9/11-15/11	13/7	8e	72 heures	pas de repos	2050	43	21/12	330	tempestive	
1072	II	15/11-20/11	12/7	8e	48 heures	2 mois	2980	47	27/8	400	précoce	
1076	II	7/12-15/12	13/7	7e	12 heures	pas de repos	1500	35	20/4	350	prématurée	
1142	II	2/11 - 6/11	26/7	9e	1 heure	pas de repos	2500	47	29/12	360	prématurée	
1180	II	15/11-23/11	3/8	9e	24 heures	pas de repos	2840	47	26/6	50	prématurée	
1249	I	25/12-23/12	17/8	8e	48 heures	pas de repos	2170	41	32/0	480	tempestive	
1272	II	22/11-25/11	21/8	9e	12 heures	pas de repos	2320	44	24/6	440	prématurée	
1280	I	27/12-20/12	22/8	8e	ce matin	pas de repos	2180	47	20/5	540	tempestive	
1283	I	11/3 - 16/3	24/8	5e	24 heures	pas de repos	600	30	—	290	précoce	
1319	III	Décembre	30/8	8e	72 heures	pas de repos	2180	47	28/10	550	tempestive	
1383	I	5/12-13/12	11/9	9e	hier soir	—	2700	45	22/8	410	tempestive	
1425	I	15/1 - 17/1	17/9	8e	24 heures	pas de repos	3000	46	28/2	450	tempestive	
1461	I	25/12-28/12	24/9	9e	8 heures	—	2100	46	29/5	350	tempestive	
1519	I	7/4 - 15/4	6/10	6e	12 heures	pas de repos	1710	40	18/10	330	précoce	endométrite
1544	I	22/2 - 26/2	11/10	8e	48 heures	pas de repos	2950	45	32/5	510	tempestive	endométrite
1620	I	4/4 - 7/4	25/10	7e	1 heure	pas de repos	700	—	25/7	279	prématurée	endométrite
1642	I	9/6 - 12/6	28/10	5e	la veille	pas de repos	740	31	19/4	290	précoce	endométrite
1665	I	12/3 - 15/3	2/11	8e	3 heures	pas de repos	2200	46	26/6	420	précoce	endométrite
1671	I	20/2 - 25/2	4/11	9e	24 heures	—	2770	48	25/5	470	précoce	endométrite
1686	II	2/2 - 6/2	5/11	9e	ce matin	pas de repos	3620	54	27/5	520	précoce	
1715	VI	-6/2 - 28/2	11/11	9e	12 heures	pas de repos	2650	48	26/4	450	tempestive	
1874	III	20/3 - 26/3	9/12	9e	la veille	1 mois	2370	46	27/1	350	prématurée	
1876	I	22/3 - 26/3	10/12	9e	12 heures	3 mois	2470	44	24/9	430	prématurée	
	II	1/4 - 6/4	25/12	9e	2 heures	pas de repos	2270	43	27/8	370	précoce	
2008	IV	20/3 - 24/3	31/12	9e	72 heures	pas de repos	2000	47	—	300	précoce	

Observa N°	Partie	Dates des D.R.	Accouchée	Age de la gestation	Date du dernier rapport	Repos pendant la gestation	Poids du fœtus	Longueur du fœtus	Mensuration des membranes	Poids du placenta	Rupture des membranes	
5	I	20/4 - 25/4	1/1	9 ^e	Ce matin	se repose	2060	45	22/10	430	tempesive	
7	I	18/4 - 23/4	2/1	9 ^e	24 heures	pas de repos	2310	47	—	480	précoce	
9	V	22/6 - 27/4	2/1	7 ^e	10 jours	pas de repos	1000	33	20/5	220	prématurée	18 jours avant le début du tra- vail.
99	I	20/4 - 25/4	22/1	9 ^e	48 heures	se repose	2700	47	24/0	520	précoce	
154	I	1/7 - 5/7	31/1	7 ^e	72 heures	pas de repos	2750	46	26/7	460	prématurée	
171	III	7/8 - 13/8	3/2	6 ^e	24 heures	pas de repos	900	35	23/2	280	tempesive	
189	II	11/5 - 13/5	7/2	9 ^e	48 heures	pas de repos	2900	50	24/8	490	tempesive	
208	I	2/6 - 8/6	10/2	8 ^e	24 heures	pas de repos	1770	43	20/10	340	tempesive	
245	II	16/5 - 21/5	18/2	9 ^e	48 heures	rep. 1 mois 1/2	1700	45	23/4	300	précoce	
274	I	14/6 - 18/6	22/2	9 ^e	24 heures	15 jours	2550	47	21/4	400	prématurée	
306	I	22/6 - 30/6	28/2	8 ^e	La veille	se repose	2100	48	26/10	430	tempesive	
313	I	2/6 - 7/6	1/3	9 ^e	72 heures	1 mois	2800	46	23/9	440	tempesive	
314	II	2/7 - 10/7	1/3	8 ^e	Hier soir	se repose	2700	47	28/4	480	tempesive	
340	II	15/7 - 20/7	7/3	7 ^e	48 heures	pas de repos	2200	42	23/7	400	tempesive	
409	II	7/7 - 10/7	22/3	9 ^e	72 heures	—	2270	45	34/0	400	tempesive	
427	II	26/6 - 30/6	27/3	9 ^e	48 heures	pas de repos	2550	46	27/6	420	prématurée	
444	I	3/7 - 10/7	31/3	9 ^e	24 heures	pas de repos	2730	43	24/6	330	tempesive	
467	II	19/7 - 28/7	4/4	9 ^e	48 heures	—	2660	49	28/4	510	tempesive	
471	III	23/9 - 28/9	6/4	7 ^e	96 heures	pas de repos	1000	—	17/5	190	—	
476	I	12/7 - 18/7	6/4	9 ^e	48 heures	pas de repos	1980	38	36/2	390	tempesive	Endométrite.
484	I	14/7 - 20/7	8/4	9 ^e	Cette nuit	pas de repos	2480	47	26/3	420	précoce	
489	II	25/7 - 29/7	7/4	9 ^e	24 heures	pas de repos	2900	50	27/2	500	précoce	
493	I	1/8 - 5/8	8/4	8 ^e	48 heures	15 jours	2000	44	17/6	440	prématurée	
505	I	7/7 - 12/7	12/4	9 ^e	96 heures	15 jours	2770	45	impossible	—	tempesive	
514	I	8/8 - 12/8	13/4	8 ^e	72 heures	pas de repos	2280	49	29/4	450	tempesive	
524	I	5/1 - 9/1	15/4	4 ^e	24 heures	pas de repos	Avortement	an cours du 4 ^e mois	—	—	précoce	
531	I	15/7 - 19/7	17/4	9 ^e	72 heures	pas de repos	2820	49	—	500	précoce	

Observations	Partie	Dates des D.R.	Accouchée	Âge de la gestation	Date du dernier rapport	Repos pendant la gestation	Poids du fœtus	Longueur du fœtus	Mensuration des membranes	Poids du placenta	Rupture des membranes
542	I	5/8 - 11/8	19/4	9 ^{es}	24 heures	15 jours	2950	49	impos	550	prématurée
545	I	11/7 - 17/7	20/4	9 ^{es}	24 heures	1 mois	2220	44	24/6	480	tempestive
546	II	6/8 - 11/8	20/4	8 ^{es}	72 heures	pas de repos	2500	46	23/6	400	prématurée
547	II	16/7 - 20/7	20/4	9 ^{es}	24 heures	—	2950	48	25/3	450	tempestive
548	V	23/9 - 27/9	20/4	7 ^{es}	120 heures	1 mois	1510	40	27/0	370	prématurée
561	II	23/7 - 26/7	23/4	9 ^{es}	Hier soir	se repose	2170	47	27/7	480	prématurée
569	I	27/7 - 31/7	25/4	9 ^{es}	48 heures	pas de repos	2360	45	23/12	440	tempestive
578	I	25/7 - 29/7	27/4	9 ^{es}	96 heures	pas de repos	2990	48	—	500	tempestive
597	IV	4/12 - 6/12	29/4	5 ^{es}	48 heures	3 mois	270	32	13/5	160	prématurée
616	I	4/8 - 6/8	5/5	9 ^{es}	24 heures	—	3090	48	29/7	565	tempestive
634	I	19/2 - 23/2	9/5	3 ^{es}	24 heures	pas de repos	Expulsion d'un œuf clair au cours du 3 ^e mois.				
658	II	12/9 - 17/9	12/5	8 ^{es}	72 heures	pas de repos	2380	46	30/12	430	tempestive
664	I	10/8 - 15/8	13/5	9 ^{es}	24 heures	pas de repos	2730	49	24/4	400	précocce
666	IV	12/10 - 16/10	12/5	8 ^{es}	24 heures	1 mois	1530	40	—	390	tempestive
671	IV	9/9 - 17/9	14/5	8 ^{es}	96 heures	pas de repos	1820	42	25/7	370	prématurée
672	I	3/1 - 5/1	15/5	5 ^{es}	La veille	pas de repos	510	30	20/10	230	avortement au cours du 5 ^e mois.
714	III	17/1 - 23/1	25/5	4 ^{es}	8 jours	pas de repos	avortement au cours du 4 ^e , rupt. des membr. 5 jours avant l'expulsion du fœtus.				
717	II	Fécondée en allaitant			24 heures	pas de repos	2100	48	26/9	370	précocce
728	II	10/9 - 24/9	26/5	8 ^{es}	72 heures	pas de repos	2100	47	34/1	410	précocce
744	II	15/2 - 23/2	29/5	3 ^{es}	48 heures	pas de repos	60	17	—		Avortement au cours du 3 ^e mois.
818	II	4/10 - 8/10	11/6	9 ^{es}	96 heures	pas de repos	2680	46	25/5	550	prématurée
826	II	9/11 - 13/11	13/6	7 ^{es}	48 heures	pas de repos	1600	28	20/7	370	tempestive
829	III	—	15/6	-	96 heures	pas de repos	1290	38	17/8	440	prématurée
834	III	25/1 - 28/1	15/6	5 ^{es}	48 heures	Avortement au cours du 5 ^e mois.					
843	II	10/11 - 18/11	17/6	9 ^{es}	24 heures	8 jours	1760	47	27/6	350	tempestive
887	I	1/4 - 5/4	28/6	3 ^{es}	48 heures	Expulsion au cours du 3 ^e mois d'un œuf complet.					
1082	IV	2/12 - 6/12	2/8	2 ^{es}	72 heures	pas de repos	1600	43	—	300	prématurée

Observations N°	Parité	Dates des D.R.	Accouchée Âge de la gestation	Date du dernier rapport	Repos pendant la gestation	Poids du fœtus	Longueur du fœtus	Mensuration des membres	Poids du placenta	Rupture des membranes	
1107	I	Décembre	6/8	24 heures	pas de repos	2700	48	28/10	450	précoce	
1131	VIII	10/12-14/12	12/8	48 heures	pas de repos	2080	42	23/10	420	prématurée	
1158	I	12/12-15/12	17/8	ce matin	1 mois	2370	45	27/7	450	tempestive	
1188	II	?	22/8	24 heures	se repose	2480	48	28/10	400	précoce	
1221	I	29/12-31/12	28/8	24 heures	pas de repos	1920	44	20/9	400	tempestive	
1222	I	22/11-25/11	28/8	la veille	pas de repos	2830	47	32/5	440	précoce	
1236	II	15/2-18/2	30/8	96 heures	se repose	430	—	—	230	prématurée	
1277	II	25/11-3/12	8/9	48 heures	—	1950	44	36/6	260	prématurée	
1430	I	14/1-16/1	9/10	48 heures	—	2750	47	32/12	480	précoce	Endométrite
1534	I	26/4-4/5	31/10	72 heures	pas de repos	850	37	—	260	tempestive	Endométrite
1537	I	26/7-30/7	30/10	12 heures	—	Avortement au cours du 3 ^e .					
1541	I	8/2-12/2	1/11	9 ^e	5 mois	2610	45	26/6	410	tempestive	
1543	II	25/4-28/4	31/10	7 ^e	pas de repos	920	46	26/3	320	tempestive	
1556	I	3/3-6/3	3/11	8 ^e	pas de repos	2190	41	27/3	470	prématurée	
1573	I	16/2-20/2	5/11	9 ^e	se repose	2820	—	—	350	prématurée	
1574	III	12/2-15/2	7/11	9 ^e	pas de repos	3020	48	31/4	390	prématurée	Endométrite
1594	I	3/3-11/3	13/11	hier	pas de repos	2500	46	30/6	450	tempestive	
1756	I	24/3-27/3	14/12	hier	pas de repos	2340	45	30/6	370	prématurée	
1785	II	20/6-22/6	21/12	11 jours	pas de repos	840	—	17/4	340	prématurée	11 jours av. le début du trav.
1814	II	21/3-29/3	27/12	24 heures	se repose	2820	48	27/12	450	précoce	
909	III	16/9-18/9	2/7	48 heures	se repose	2950	48	29/3	550	prématurée	
957	III	19/3-24/3	10/7	21 jours	pas de repos	Avortement au cours du 4 ^e , perte de sang après le rapport					
963	I	17/11-23/11	13/7	hier soir	—	2350	46	30/4	570	tempestive	
993	II	18/2-20/2	18/7	96 heures	pas de repos	2150	49	26/6	500	prématurée	
1002	I	19/11-23/11	20/7	24 heures	—	2640	46	23/4	540	prématurée	1/2 h. après le rapport.
1013	III	15/11-20/11	21/7	72 heures	—						

Observations	Parité	Date des D R	Accouchée	Âge de la gestation	Date du dernier rapport	Repos pendant la gestation	Poids du fœtus	Longueur du fœtus	Mensuration des membranes	Poids du placenta	Rupture des membranes	
9	I	3/4 - 7/4	1/1	9 ^e	72 heures	2 mois	2100	44	28/7	430	précoce	endométrite
22	I	24/3 - 28/3	3/1	9 ^e	24 heures	15 jours	2850	48	impos.	440	tempestive	
34	I	9/4 - 12/4	7/1	9 ^e	72 heures	pas de repos	2670	46	30/7	400	prématurée	endométrite
69	II	25/9 - 28/9	15/1	4 ^e	72 heures	quelques mois	710	—	—	400	précoce	pour hémorragie causée par le rapport sexuel
74	I	7/9 - 11/9	16/1	4 ^e	15 jours	3 semaines	avortement provoqué					
97	I	22/5 - 28/5	20/1	8 ^e	24 heures	pas de repos	2400	48	—	—	—	
171	I	1/6 - 4/6	5/2	9 ^e	48 heures	2 mois	2320	45	23/9	385	prématurée	
183	IX	1/5 - 10/5	7/2	9 ^e	72 heures	1 mois	3230	47	20/15	380	précoce	
187	I	12/6 - 20/6	7/2	8 ^e	24 heures	pas de repos	2180	45	30/2	420	prématurée	
193	I	17/5 - 24/5	8/2	9 ^e	48 heures	quelques mois	2720	45	31/4	570	prématurée	endométrite
231	I	18/5 - 20/5	16/2	9 ^e	24 heures	6 mois	2960	52	28/3	450	tempestive	
264	I	19/5 - 25/5	25/2	9 ^e	24 heures	pas de repos	2760	48	22/3	440	artificielle	
321	I	14/6 - 17/6	8/3	9 ^e	ce matin	1 mois	2570	47	27/3	440	tempestive	
375	I	20/6 - 23/6	19/3	9 ^e	72 heures	repos complet	2600	45	26/3	350	tempestive	
564	II	20/8 - 23/8	29/4	9 ^e	36 heures	pas de repos	2470	43	19/9	440	précoce	hémorragie immédiatement après le rapport
584	I	2/9 - 8/9	3/5	8 ^e	19 jours	—	2730	51	25/6	530	précoce	
600	I	18/9 - 23/9	8/5	7 ^e	48 heures	pas de repos	1800	—	23/9	530	précoce	
601	I	3/9 - 6/9	10/5	8 ^e	72 heures	2 mois	2450	44	28/8	360	précoce	
605	IV	15/8 - 23/8	9/5	8 ^e	96 heures	trav assise	2920	48	38/10	350	prématurée	
693	II	6/12 - 8/12	31/5	6 ^e	48 heures	repos absolu	1270	39	27/6	270	tempestive	endométrite
727	VI	1/12 - 7/12	7/6	6 ^e	36 heures	pas de repos	830	34	25/1	270	tempestive	
820	II	6/10 - 12/10	26/6	8 ^e	12 heures	—	1980	42	25/7	270	tempestive	
848	I	19/12 - 22/12	3/7	6 ^e	48 heures	pas de repos	970	40	10/0	320	prématurée	immédiatement après le rapport sexuel
922	II	18/10 - 20/10	17/7	9 ^e	48 heures	3 mois	2850	48	30/7	430	prématurée	
972	I	8/12 - 12/12	29/7	7 ^e	48 heures	pas de repos	2850	48	27/3	410	tempestive	

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Nous avons rapporté ici 158 observations dans lesquelles on voit que le rapprochement sexuel était le facteur, sinon unique au moins principal, des avortements et des accouchements prématurés. Quelques observations sont marquées « Endométrite. » A propos de ces observations nous devons remarquer que l'endométrite a joué certainement son rôle dans la production de l'avortement ou de l'accouchement avant terme, mais nous considérons, avec M. le professeur Pinard, que dans ces cas l'endométrite n'était qu'une cause prédisposante ; le coït restant toujours cause efficiente. En détaillant maintenant un peu plus les observations, nous voyons que : Parmi ces 158 observations, il s'agit, dans 86 cas de primipares et dans 72 cas de multipares.

Quant à l'âge de la gestation, ces 158 cas se distribuent comme suit :

PRIMIPARES

Accouchements prématurés au cours du.....	}	9°.....	45 cas
		8°.....	18 cas
		7°.....	9 cas
		6°.....	4 cas
Avortements			9 cas

MULTIPARES

Accouchements prématurés au cours du.....	}	9°.....	31 cas
		8°.....	15 cas
		7°.....	7 cas
		6°.....	5 cas
Avortements			10 cas

En analysant les 86 cas d'avortements et d'accouchements prématurés chez les primipares nous voyons :

1) Des primipares qui ont leur placenta inséré haut et qui n'ont aucune lésion de leur muqueuse utérine..... 6 cas

2) Des primipares qui ont leur placenta inséré haut (au-dessus de 10 centimètres) et qui ont, en même temps, de l'endométrie. 3 cas

3) Des primipares qui ont leur placenta inséré bas et qui ont de l'endométrie..... 8 cas

4) Des primipares qui ont le placenta inséré bas, sans aucune lésion de la muqueuse utérine, et qui ont gardé le repos plus ou moins complet pendant la gestation..... 32 cas

5) Des primipares dont le placenta est inséré bas sans aucune lésion de la muqueuse utérine et qui ne se sont pas reposées pendant la gestation..... 37 cas

6) Des multipares qui ont le placenta inséré haut sans aucune lésion de la muqueuse utérine 9 cas

7) Des multipares qui ont un placenta inséré bas et de l'endométrite..... 4 cas

8) Des multipares dont le placenta est inséré bas sans lésion de la muqueuse utérine et qui ont gardé le repos plus ou moins complet pendant la gestation..... 21 cas

9) Des multipares dont le placenta est inséré bas sans lésion de la muqueuse utérine et qui ne se sont pas reposées pendant la gestation 38 cas

De cette statistique il est évident que les cas où des causes multiples (endométrite, insertion basse du placenta, fatigue) ont favorisé l'avortement ou l'accouchement prématuré sont les plus nombreux ; mais même dans ces cas le rapprochement sexuel est une cause déterminante des plus efficaces. Enfin nous voyons aussi des cas où la seule et unique cause de l'avortement ou de l'accouchement prématuré était le rapprochement sexuel.

Nous devons encore remarquer en observant le nombre d'accouchements prématurés aux différents âges de la gestation qu'au cours du 8^e et 9^e mois de la gestation il est plus grand chez la primipare que chez la multipare (primipares 65 cas, multipares 48 cas) ce qui prouve le rapport étroit entre l'efficacité

du traumatisme sexuel et l'engagement de la tête fœtale ; le nombre d'accouchements au cours du 7^e et 6^e mois ainsi que celui d'avortements est sensiblement égal chez la primipare comme chez la multipare (primipares, 22 cas ; multipares, 22 cas) puisque à cet âge de la gestation les primipares et les multipares se trouvent dans les mêmes conditions au point de vue de non engagement de la tête.

CONCLUSIONS

Que devons-nous conclure de toutes ces observations ? Il n'y a qu'une seule conclusion qui est la suivante : LE RAPPROCHEMENT SEXUEL EST NUISIBLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE LA GESTATION.

Il est évident que le coït est d'autant plus dangereux que la gestation est plus près du terme, surtout au cours des 2 derniers mois ; et à cette époque encore il est plus dangereux chez la primipare que chez la multipare. La raison en est simple : l'engagement chez les primipares se faisant dans la plupart des cas plus tôt que chez les multipares. Mais il n'est pas moins évident, comme le démontrent nos observations prises au hasard dans les archives de la clinique Beaudelocque, que le rapprochement sexuel peut produire son effet nuisible chez les multipares également. Il n'est pas seulement un facteur de l'accouchement prématuré mais aussi des avortements.

Nous voulons avant de terminer, répondre à une objection qu'on pourrait nous faire, c'est celle de l'insertion du placenta.

Sans doute le coït est dangereux chez les femmes qui ont un placenta inséré bas ; il l'est beaucoup moins dans les cas où le placenta est inséré haut.

Mais comme nous ne pouvons pas diagnostiquer pendant la gestation la hauteur de l'insertion du placenta nous devons défendre le rapprochement sexuel pendant la gestation à toutes les femmes et à tout âge de la gestation.

En défendant le rapprochement sexuel dès que la femme est en état de gestation nous agissons sans doute trop sévèrement, mais c'est de cette manière que nous arriverons à diminuer considérablement le nombre des prématurés et par là même nous aurons moins de débiles, moins de misère, moins de « déchets sociaux ».

Vu le Doyen, Vu le Président,

LANDOUZY. PINARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE ⁽¹⁾

- SORANUS D'EPHÈSE. — Traité des maladies des femmes et Moschion son abrégiateur et traducteur. Traduction Fr. Jos. Hergott (1895).
- LOUYSE BOURGEOIS, DITE BOURSIER. — Observation diverses sur la stérilité, perte de fruit, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés (1608).
- JACQUES GUILLEMEAU. — De la grossesse et accouchement des femmes (1621).
- FRANÇOIS MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées (1721).
- Mme VEUVE BOIVIN. — Mémorial de l'art des accouchements.
- J.-B. JACOBS. — Ecole pratique des accouchements.
- A. L. M. VELPEAU. — Traité élémentaire de l'art des accouchements (1829).
- F. J. MOREAU. — Traité pratique des accouchements (1841).
- J. JACQUEMIER. — Manuel des accouchements et maladies des femmes grosses et accouchées (1846).
- H. F. NAEGELÉ ET W. L. GRENSER. — Traité pratique de l'art des accouchements (1880).
- A. CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements (1883).
- FARNIER ET CHAUTREUIL. — Traité de l'art des accouchements (1888).
- TRIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. — Précis d'obstétrique (1898).

(1) Brenot. Thèse de Doctorat, Paris 1903.

